

PROTOCOLO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

PÉ DIABÉTICO

“... é incapaz de vê-los devido aos problemas visuais e incapaz de senti-los devido á perda de sensibilidade”. BLOOM, 1997

DEFINIÇÃO

Alteração clínica de etiopatogenia neuropática, induzida pela hiperglicemia de longa duração, associada ou não à isquemia que produz a quebra de integridade dos pés.

CLASSIFICAÇÃO DE WAGNER

GRAU	ISQUEMIA CRÍTICA	DESCRIÇÃO DAS LESÕES
0 a	-	Sem lesões abertas
0 b	+	Sem lesões abertas
1 a	-	Úlceras superficiais (somente pele)
1 b	+	Úlceras superficiais (somente pele)
2 a	-	Úlceras alcançando tendões, ossos, juntas e articulações
2 b	+	Úlceras alcançando tendões, ossos, juntas e articulações
3 a	-	Úlceras profundas com infecção (osteomielite, abscesso, tendinite)
3 b	+	Úlceras profundas com infecção (osteomielite, abscesso, tendinite)
4 a	-	Gangrena dos dedos e/ou pé
4 b	+	Gangrena dos dedos e/ou pé
5 a	-	Mais extensa gangrena
5 b	+	Mais extensa gangrena

DIABETES

- Prevalência na população mundial 7 – 10%
- 20% das internações dos diabéticos são devido ao pé diabético
- 2/3 das amputações não traumática são realizados em diabéticos

AMPUTAÇÕES

- Incidência - 37 a 137 em 10 000 amputações
- Nível de amputação - Pé 9%, Perna 31%, Joelho ou acima 30%.
- Cerca de 22% dos pacientes necessitam de mais de uma amputação
- Em 2 anos – 50% são submetidos à amputação
- Em 5 anos – 50% risco de amputação bilateral
- Em 5 anos – 75% dos amputados vão a óbito

PÉ EM RISCO

Aparentemente sem lesões

Pele seca e descamativa
 Pequenas calosidades
 Tendência dos dedos em garra
 Unhas quebradiças-onicomicose
 Tinha pedis
 Isquemia
 Dor grau variável
 Presença ou não de pulsos arteriais

Lesões cutâneas- Fissuras
Úlceras
Necrose
Gangrena

Gradiente térmico
 Zona de cianose e palidez
 Neuropático
 Calosidade plantar e dedos
 Pele seca e descamativa
 Dedos em garra e em martelo
 Deformidades osteo-articulares – Pé de Charcot
 Mal perfurante plantar Profundo
 Infeccioso - Celulite plantar
 Mal perfurante Superficial
 Tinha pedis
 Tendão, articulação
 Paroniquia
 Osteomielite
 Úlcera superficial
 Abscessos
 Celulite

ROTINA DIAGNÓSTICA

- Raios-X simples e ou scan ósseo com tecnécio
- Exames laboratoriais
- Doppler segmentar
- Angiografia – Arteriografia
- Ressonância magnética - para extensão da lesão

TRATAMENTO

CURATIVOS:

Diários

Assépticos

Não utilizar soluções citotóxicas (Solução Povidine 1%, Peróxido de oxigênio 3%, Solução de Hipoclorito de Sódio 0,5%).

Irrigação da lesão:

Solução salina 0,9%

À jato sob pressão

Desbridamento com exérese de tecido necrótico e desvitalizado

Cobertura conforme aspecto da ferida e protocolo de curativos

TRATAMENTO UTILIZANDO-SE CLASSIFICAÇÃO DE WAGNER

Grau 0: Tratamento clínico

- Acompanhamento ortopédico (prevenção)
- Controle dos pontos de pressão
- Educação cuidados com os pés
- Uso de muletas (neuropático) - ↓ pressão
- Cuidados locais diários.

Grau 1 e 2: Controle metabólico

- Desbridamento diário
- Curativos - conforme protocolo de curativos
- Uso de muletas (neuropático)
- Antibioticoterapia se infecção presente

Grau 3: Avaliação de doença arterial e comprometimento ósseo

- Terapia necessária para patologia acima
- Debridamento
- Controle da infecção
- Curativos - conforme protocolo de curativos
- Prevenir pressão sobre a lesão

Grau 4 e 5: Avaliação de doença arterial e ósseo

- Terapia necessária para patologia acima
- Hospitalização urgente – Consulta cirúrgica
- Debridamento ou amputação

- Controle da infecção

- Curativos - conforme protocolo de curativos
- Prevenir pressão sobre a lesão

INDICAÇÕES PARA OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA SEGUNDO CLASSIFICAÇÃO DE WAGNER

1. Todas as lesões graus II a IV
2. Mais de noventa dias de tratamento sem sucesso.
3. Infecção de difícil controle (germe multi-resistente)
4. Lesão classe V para delimitação e restrição do nível de amputação

PROGRAMAÇÃO

- Pressão de 2,5 ATA;
- Tempo de 90 a 120 minutos, conforme câmara monoplace ou multiplace;
- 40 a 60 sessões em 95% dos casos;
- Continuar OHB até condições de enxertia e/ou cicatrização ou amputação;

NOTA - Presença de isquemia crítica (1b a 4b) deve-se tratar concomitantemente com revascularização em caso de não haver contra-indicação.

OBJETIVOS

Controlar infecções refratárias
↓ Taxa de amputações
↓ Tempo de internação
Abreviar o tempo de cicatrização
Melhora evidente da granulação
↓ **ÓBITO**